 Özel KAPADOKYA HASTANESİ	DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ			
KODU.DY.PR 01	YAYIN TARİHİ:18.04.2011	REVİZYON NO:03	REVİZYON TARİHİ: 01.01.2023	SAYFA NO:1 / 9

1.AMAÇ: Hastanemizde uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi, uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi, kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesini sağlamaktır.

2.KAPSAM: Bu prosedür hastanemizde doküman olarak yayınlanmış tüm dokümanların kullanımı ve takibini kapsar.

3.SORUMLULAR: Bu prosedürde tanımlanan yöntemler tüm birimlerin sorumluluğundadır.

TANIMLAR :

- **Doküman:** Hastanede gerçekleştirilen tüm faaliyetlerin uygulanması ve geliştirilmesi esnasında kullanılan tüm belgelere doküman denir.
- **Prosedür:** Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.
- **Talimat:** Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.
- **Rehber:** Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.
- **Form:** İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.
- **Plan:** Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.
- **Rıza Belgesi:** Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.
- **Liste:** Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.
- **Yardımcı Doküman:** Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır.
- **Dokümanın Adı:** Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder.
- **Dokümanın Kodu:** Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum ve kuruluş tarafından doküman yönetim sistemi rehberinde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.
- **Yayın Tarihi:** Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.
- **Revizyon Tarihi:** Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.
- **Revizyon Numarası:** Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.
- **Dış Kaynaklı Doküman:** Kurum tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde kullanılan dokümandır. Format şartı aranmaksızın orijinal ve güncel haliyle kullanılır. (SKS, rehberler, protokol, mevzuat vs.)

4.UYGULAMA

4.1 Doküman İhtiyacının Belirlenmesi:

Mevcut ya da yeni tasarlanan süreçlere/hizmetlere ait yeni doküman veya mevcut dokümanların revizyon ihtiyacı, ilgili birim/kalite sorumlusunun görüşü alınarak kalite yönetim temsilcisi ve/veya kalite koordinatörü tarafından belirlenir.

4.2. Dokümanların Hazırlanması:

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim



- Kalite yönetim sistemi içerisinde hazırlanmış ve yeterlilik açısından onay almış olan tüm dokümanlar Kalite Birim Çalışanı tarafından **Güncel Doküman Listesi** ile kayıt altına alınır. Güncel Doküman Listesi her birim için ayrı ayrı oluşturulur. **Güncel Doküman Listesi** üzerinde; dokümanların adı ve kodu, yürürlük tarihi ve revizyon durumları tanımlı olmalıdır. Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanlar GÜNCEL DOKÜMAN LİSTESİ kayıt edilerek güncellemeler ve revizyon kayıtları takip edilir. Kalite birim çalışanı kalite birimine iletilen yeni doküman talepleri, doküman revizyon talepleri ve doküman iptal taleplerinin ardından **Güncel Doküman Listesini** kontrol eder.
- *Dokümanı hazırlamak üzere görevlendirilmiş kişi/kişiler, taslak dokümanı gerektiğinde Kalite Yönetim Temsilcisi/Birimi ile işbirliği içinde bilgisayar ortamında hazırlarlar.*

4.2.1 Doküman formatı DOKÜMAN FORMATI nda (DY.FR.06) tanımlanmıştır.

SKS gereği dokümanlar belli bir formata sahip olmalıdır. Tüm dokümanlarda asgari dokümanın;

- Adı
- Kodu
- Yayın Tarihi
- Revizyon Tarihi
- Revizyon Numarası
- Sayfa No/Sayfa Sayısı
- Sağlık Bakanlığı Logosu
- Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunmalıdır.

Dokümanlarda Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgileri; kişi(ler)in, unvan ve imzalarını içerir. Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgilerinin dokümanın tüm sayfaları üzerinde bulunmasına gerek yoktur. Bu bilgiler orijinal doküman için hazırlanan kapak sayfasında yer alabileceği gibi dokümanın arka yüzünde de bulunabilir. Özellikle hasta ve hekimin de imzalayacağı alanları bulunan rıza belgesi gibi dokümanlarda bu bilgilerin kullanım alanlarındaki formlarda yer almasına gerek yoktur. Orijinal form üzerinde (ön, arka veya kapak sayfası) bulunması yeterlidir. Yukarıda bahsedilen tüm bilgiler doküman üzerine format olarak farklı şekillerde konumlandırılabilir.

- .

4.2.2. Oluşturulması Gereken Doküman Türleri:

➤ **Prosedür:** *Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır. Prosedürler oluşturulurken birbirini izleyen işlerin*

- *Kim tarafından yapılacağını,*
- *Neden yapılacağını*
- *Nasıl yapılacağını,*
- *Nasıl raporlanacağını,*
- *Hangi kayıtların tutulacağını,*
- *Kontrol yöntemlerini tanımlayacak içerikte*

hazırlanmalıdır. Prosedürlerde 7 temel başlık bulunur:

1. **Amaç:** *Bu bölümde prosedürün hangi amaçla hazırlandığı yazılır.*

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim



2. **Kapsam:** Bu bölüm hazırlanan prosedürün sınırlarını belirler. Prosedürün hangi faaliyetleri veya hangi hizmet bölümlerini kapsadığı belirlenir.
 3. **Kısaltmalar:** Prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listesi sıralanır.
 4. **Tanımlar:** Prosedürün faaliyet akışı bölümünde yer alan ve açıklanmasında fayda olacağı düşünülen kavramlar tanımlanır.
 5. **Sorumlular:** Prosedürü bilme, uygulama ve prosedür ile belirlenen faaliyetleri kontrol etme görevi olan tüm sorumlular sıralanır.
 6. **Faaliyet Akışı:** Prosedürün faaliyet akışı bölümünde aşağıdaki işlem basamakları izlenir:
 7. **İlgili Dokümanlar:** Tüm faaliyetler ardışık bir şekilde tamamlandıktan sonra “İlgili Dokümanlar” başlığı oluşturulur. Bu başlıkta, dokümanda bahsedilen tüm dokümanlar listelenir.
- **Talimat:** Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır. İlgili durumun yerine getirilmesi için yapılması gerekenlerin adım adım anlatılır. Bu en alt seviye ve en detaylı olması beklenen dokümanlardır. Okuyan kişinin dokümanı okuyarak anlatılan durumu rahatlıkla gerçekleştirebileceği düzeyde hazırlanmalıdır.

Doküman hazırlanırken kullanılacak içerik prosedürdeki gibidir. Prosedürdeki alt başlıkları içerir. Bunlar;

1. Amaç
 2. Kapsam
 3. Kısaltmalar
 4. Tanımlar
 5. Sorumlular
 6. Faaliyet Akışı
 7. İlgili Dokümanlar
- **Rehber:** Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır. SHKS’de toplam 9 standartta rehber hazırlanması istenmektedir. Bu rehberler aşağıda sıralanmıştır:
- Genel ve bölüm uyum eğitimleri için rehber
 - Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi
 - Hastane Bilgi Rehberi
 - Biyokimya Test Rehberi
 - Mikrobiyoloji Test Rehberi,
 - Patoloji Test Rehberi,
 - Biyokimya Güvenlik Rehberi,
 - Mikrobiyoloji Güvenlik Rehberleri,
 - Patoloji Güvenlik Rehberi
- SHKS’de ayrıca aşağıdaki 2 rehberin de kullanılması istenmektedir:
- Doğum Eylemi Yönetim Rehberi
 - Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim



Ancak bu rehberler kurum tarafından hazırlanması gereken rehberler değildir. Bu rehberler kurum için dış kaynaklı doküman niteliğindedir. Yukarıda belirtilen rehberlerin dışında da gerekli gördüğünde rehberler hazırlanabilir. Rehber hazırlanırken içindekiler kısmı hazırlanmalı uygun bölümlene ve başlıklandırma yapılmalıdır.

➤ **Form:** İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

Dış Kaynaklı Doküman: Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır. Görev tanımları dış kaynaklı doküman kapsamında kullanılan dokümanlardır. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.

➤ **Plan:** Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır. Plan hazırlanırken:

- Planda yer alan faaliyetin konusu
- Planda yer alan faaliyetin hedefi
- Planda yer alan faaliyetin tarihi
- Planda yer alan faaliyetin saati
- Planda yer alan faaliyetin yeri
- Planda yer alan faaliyetin süresi
- Planda yer alan faaliyette yer alan sorumlular
- Planda yer alan faaliyeti ilgilendiren ilgili birim sorumluları
- Planlanan faaliyetin değerlendirme yöntemi yer almalıdır.

➤ **Liste:** Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır. Hazırlanan tüm listelerde; tüm dokümanlarda bulunması gereken düzenlemeler şartları geçerlidir. Listelerde;

- Öğelerin adı
- Öğelerin adedi
- Öğelerin minimum- maksimum seviyeleri
- Öğelerin kritik stok seviyeleri
- Öğelerin miat tarihleri
- Öğelerin gururlandırması
- Öğeleri kontrol tarihi
- Öğelerin tekrar kontrol edileceği tarih vb. bilgiler bulunabilir.

➤ **Yardımcı Doküman:** Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır. Kurum kullandığı yardımcı dokümanın format şartlarına yukarıda belirlenen ilkeler doğrultusunda kendi karar verir.

➤ **Rıza Belgesi:** Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak hekim tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır. Rıza belgelerinin orijinal nüshalarında yukarıda format şartları aynen geçerlidir. Ancak bu belgeyi, hem hasta (veya yakını) hem de kurum çalışanı imzalayacağından, hazırlayan-kontrol eden-onaylayan bilgileri de ekleneceği düşünüldüğünde çok sayıda imzanın bulunduğu bir belge haline gelecektir. Bu yüzden

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim



rıza formlarının basılı nüshalarında hazırlayan- onaylayan-kontrol eden bilgilerinin bulunmasına gerek yoktur.


Rıza belgesi hazırlanırken

- İşlemden beklenen faydalar
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
- Varsa işlemin alternatifleri
- İşlemin riskleri ve komplikasyonları
- İşlemin tahmini süresi
- Hastanın adı, soyadı ve imzası
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası
- Rızanın alındığı tarih ve saat bilgilerine yer verilmelidir.

- **4.2.3 Dokümanların Kodlanması:** Hastanemizde hazırlanmış olan dokümanların kodlama yöntemi SKS HASTANE KODLAMA SİSTEMATİĞİ (DY.LS.02) de gösterildiği gibi yapılır. Kodlamada yapılırken şu hususlara dikkat edilir; Dokümanın kullanıldığı birimin kısaltması(SKS HASTANE KODLAMA SİSTEMATİĞİ), doküman kodlamalarındaki kısaltmalara göre yapılır. Tüm birimler için yapılan kısaltmalar Bölüm Kodları Listesinde tanımlanmıştır.
- Dokümanların sayısal numaralandırılması: Her bir doküman grubu için sayısal numaralandırma 01'den başlar, yeni eklenecek doküman için bir basamak arttırılarak devam edilir.
- Doküman türü kodlamaları Doküman Türü kısaltma listesi DY LS.04 da yer almaktadır.
Örnek Kodlama biçimi : DY. PR.01
- SKS BÖLÜM KODLARI TABLOSU

KOD	BÖLÜM ADI	KOD	BÖLÜM ADI
KU	Kurumsal Yapı	DH	Doğum Hizmetleri
KY	Kalite Yönetimi	Dİ	Diyaliz Ünitesi
DY	Doküman Yönetimi	PS	Psikiyatri Hizmetleri
RY	Risk Yönetimi	RH	Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri
İO	İstenmeyen Olay Bildirimi	BL	Biyokimya Laboratuvarı
AD	Acil Durum ve Afet Yönetimi	ML	Mikrobiyoloji Laboratuvarı
KBRN	KBRN Tehl. Yönt.	PL	Patoloji Laboratuvarı
EY	Eğitim Yönetimi	DL	Doku Tipleme Laboratuvarı
SS	Sosyal Sorumluluk	TY	Tesis Yönetimi
HD	Hasta Deneyimi	KT	Kemoterapi Hizmetleri
KV	Kurumsal Verimlilik	FR	Rehabilitasyon Hizmt.
HE	Hizmete Erişim	PB	Palyatif Bakım Klnk.
YS	Yaşam Sonu Hizmetler	ES	Evde Sağlık Hizmet.
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	ON	Organ ve Doku Nakil Hizmt.
HB	Hasta Bakımı	TY	Tesis Yönetimi
İY	İlaç Yönetimi	OH	Otelcilik Hizmetleri

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

 Özel KAPADOKYA HASTANESİ	DOKÜMAN YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ			
	KODU.DY.PR 01	YAYIN TARİHİ:18.04.2011	REVİZYON NO:03	REVİZYON TARİHİ: 01.01.2023

EN	Enfeksiyonların Önlenmesi	BY	Bilgi Yönetimi
DS	Temizlik-Dezenfeksiyon-Sterilizasyon Hizm.	MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
TH	Transfüzyon Hizmetleri	TA	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
RG	Radyasyon Güvenliği	AY	Atık Yönetimi
AS	Acil Servis	DK	Dış Kaynak Kullanımı
AH	Ameliyathane	GI	Göstergelerin İzlenmesi
YB	Yoğun Bakım Ünitesi	GK	Kalite Göstergeleri
YD	Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi		



Kurumsal Yapı (Tablo 1’de tüm diğer SKS bölümlerinin kodları görülmektedir.) Yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda “KU.PR.01” kodu bize dokümanın, Kurumsal Yapı Bölümünün 1 numaralı prosedürü olduğunu göstermektedir. Her bölümde yer alan doküman türünün sıra numarası 01’den başlar. Kurumsal Yapı Bölümü için yukarıda verilen örnekte bu bölümde ilk prosedüre “01” numarası verildikten sonra ikinci prosedürün sıra numarası “02” olacaktır. Ancak bu bölümde hazırlanan ilk rehberin ise sıra numarası yine “01” olacaktır. Her bölüm kendi içinde bulunan dokümanlara göre sıra ile numaralandırılır.

4.3 Dokümanların Kontrolü:

Kalite Birim sorumlusu tarafından ya da kalite birimi tarafından hazırlanan taslak dokümanlar format, içerik, referans standartlara uyum, diğer süreç ve dokümanlarla doğru bağlantı açısından Kalite Direktörü tarafından kontrol edilmektedir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim



4.4 Dokümanların Onaylanması:

Hazırlanmış tüm dokümanlar, Kalite Yönetim Direktörü tarafından Kalite Yönetim Sistemine uygunluğu açısından değerlendirilir. Kalite Yönetim Direktörü tarafından gözden geçirilmiş tüm dokümanlar Başhekim Yrd. onayına sunulur. Tüm dokümanlar Başhekim Yrd. onayı ile yürürlüğe girer. Başhekim Yrd. onayına sunulan doküman ıslak imza ile ve her sayfa paraflanarak onaylanır

4.5 . Panolara Asılan Dokümanların Yönetimi:

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından 2011/17 Sayılı Genelge gereğince hastanemizde hastaların bilgilendirilmesinde kullanılacak bilgilendirme dokümanlarının ilgili alanlarda yayımlanması sadece Kalite Direktörü ve/ veya Başhekim onayı ile sağlanır.

T.C. Sağlık Bakanlığı dışındaki kurumlardan gelen yazılar haricinde herhangi bir resmi dokümanın asılarak yayımlanması yasaktır.

Asılacak dokümanlar ile ilgili onay ve asılma sürelerine sadece kalite yönetim direktörü ve/veya Başhekim karar verir. Panolara asılacak bilgilendirme yazılarının ne kadar süre ile asılı kalacağı için **Evrak Asma Takip Formu** kullanılır. Kalite yönetim direktörü tarafından onaylanır. Dokümanlar hastane idaresince temin edilen estetik yönü olan ve daha önceden belirlenmiş alanlara asılır. Bu alanlar poliklinik katlarındaki panolar, başhekimlik girişindeki panolar, acil servis ve yemekhane bölümündeki panolar olarak belirlenmiştir. Bu alanlarda asılı olan dokümanların güncelliği ve süreleri eğitim hemşiresi tarafından takip edilir, kalite yönetim birimince kontrol edilir. Güncel olmayan dokümanlar toplanarak yerine var ise güncel olan dokümanlar asılır.

SKS çerçevesinde hazırlanan(talimat, prosedür v.b.)dokümanlar asılarak tebliğ edilmez.

4.6. Dokümanların dağıtımı.

Yeni hazırlanan, revize edilen yada iptal edilen dokümanların duyurusu Kalite yönetim birimi tarafından yapılır.

Hastanenin genelini ilgilendiren dokümanlar için duyuru HBYS üzerinden, yapılır.

4.7 Dokümanların Güncellenmesi ve Gözden Geçirilmesi:

Dokümanların Takibi ve güncellenmesi Kalite Yönetim Birimi Tarafından “Güncel Doküman Listesi” üzerinden takip edilmektedir.

Yazılı düzenlemeler uygulamaları yansıtır, uygulamalarda meydana gelen değişiklikler, yenilikler durumunda güncellemeler yapılır. İlgili düzenlemenin güncellenmesi gerektiğinde güncelleme işlemi kalite yönetim birimi tarafından yapılmaktadır. Güncelleme işlemi yapılırken dokümanın “Revizyon Tarihi” ve “Revizyon Numarası” kaydedilir.

➤ **Gözden Geçirme:**

Tüm personel, kullandığı dokümanları yaptığı işe uygunluk açısından sürekli olarak gözden geçirir. Zaman içerisinde faaliyetlerdeki değişiklikler ve gelişmeler nedeniyle doküman ile uygulama arasında ortaya çıkabilecek farklılıklar durumunda revizyon süreci başlatılır. Birim Kalite sorumlusu her yıl Ocak ayında, uyguladıkları dokümanları gözden geçirerek revizyon gerekip gerekmediği hususunu değerlendirirler. Revizyon gerektiren dokümanlar için revizyon süreci Kalite Koordinatörlüğü tarafından başlatılır. Sağlık tesisimizi kalite sürecini etkileyebilecek büyük değişiklikler olması durumunda (örneğin, standardın revize edilmesi, kurum yapısı ile ilgili büyük değişiklikler vb.) Kalite Koordinatörü ilgili tüm dokümantasyonun gözden geçirilmesini ve gerekli ise revizyon sürecinin başlatılmasını sağlar.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim



➤ **Revizyon:**

Birim kalite sorumluları revizyon talebini Kalite Koordinatörlüğüne bildirir.. Kalite Yönetim Sistemi revizyon talebini değerlendirir, gerekli gördüğünde ilgili kişilerin de görüşünü alır, revizyon konusunda karar verme yetkisi Kalite Koordinatöründedir. Dokümanda yapısal bir format değişikliği yapılması durumunda, bu bir revizyon olarak değerlendirilir. Bir doküman için revizyon kararı verildiğinde, prensipte yeni bir doküman yazılıyormuş gibi tüm aşamalar yeniden takip edilir. Prosedürlerdeki ve prosedür şeklinde yazılan talimatlardaki değişiklikler Güncel Doküman Listesi ile takip edilir. Bu tabloda, değişiklik yapılan bölüm, tarih ve revizyon numarası gibi bilgilere ulaşmak mümkündür. İlk yayınlanan doküman “00” revizyon no’su ile yayınlanır. Her revizyonda bu numara birer arttırılır.

4.8. Dokümanların Muhafazası

İptal edilen dokümanlarla revize edilen dokümanların güncelliğini yitirmiş olan suretlerinin saklanması kalite birimi sorumludur. Revize veya iptal edilen dokümanların Kalite Ortak üzerinden yayınlanan elektronik ortamdaki kopyaları kalite birimi tarafından kaldırılır. Böylece personelin güncelliğini yitirmiş olan dokümana erişimi engellenmiş olur. Kalite Yönetim Direktörü yürürlükten kalkmış dokümanların orijinallerini süresiz saklar. Elinde bulunan bir dokümanın revize edildiğinden haberdar edilen herkes, eski dokümanı yenisi ile değiştirmekten sorumludur. Eski dokümanlar Kalite Birimi tarafından toplatılarak imha edilir. Kalite Yönetim Direktöründen izin alınmadan eski dokümanlar kullanılsa dahi saklanamaz, kopyalanamaz ve dosyalanamaz.

.8. Dokümanların Kullanımdan Kaldırılması:

Birim kalite sorumluları iptal talebini Kalite Koordinatörlüğüne yapar. Kalite Yönetim Sistemi iptal talebini değerlendirir, gerekli gördüğünde ilgili kişilerin de görüşünü alır. Varsa birim amirinin onurunu aldıktan sonra iptal talebi Kalite Koordinatörü tarafından gerçekleştirilir.

6.9. Dokümanların İmha Edilmesi:

- Yürürlükten kaldırılan doküman kalite yönetim sistemi modülünden kaldırılır.
- Kontrolsüz kopyalar toplanır ve yırtılarak imha edilir.
- Yürürlükten kalkan formların kullanımdan kaldırılması ve yeni formların kullanılmaya başlanması Kalite Direktörünün sorumluluğundadır.
- Kaldırılmasına karar verilen dokümanların orijinali kalite yönetim birimi tarafından saklanır.

6.10. Dokümanların Arşivlenmesi

Revize/iptal edilen veya güncelliğini yitiren dokümanların Kalite Ortak dosyasında kaldırılır. Böylece personelin güncelliğini yitirmiş olan dokümana erişimi engellenir. Güncelliğini yitirmiş olan bu dokümanlar Kalite Ortak İptal ve Revizeler dosyasında kalite yönetim sisteminde saklanır.

6.11. Dış Kaynaklı Doküman:

Dış kaynaklı dokümanların kullanımı “Dış Kaynaklı Dokümanların Listesine göre takibi yapılmaktadır

5.İLGİLİ DOKÜMANLAR

Doküman Formatı Formu

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim



Doküman Talep Formu
Baskı Talep Formu
Evrak Asma Takip Formu
Güncel Doküman Listesi
Dış Kaynaklı Doküman Listesi
Sks Hastane Kodlama Sistematiği
Eğitim Katılım Formu

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim